

診療記録等の開示申請書

西 暦 年 月 日

春山記念病院 院長 殿

申請者

〒 _____ 住所： _____

氏名： _____ 生年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号： _____ (_____)

下記のとおり、診療記録等の開示を希望致します。

| | |
|--------------------|--|
| 1. 対象者 | 診察券番号： _____ |
| | ※申請者と同じ場合、記載不要 〒 _____ 住所： _____ 氏名： _____ 生年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 電話番号： _____ (_____) |
| 2. 申請者と対象者の ご関係 | <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他 (_____) |
| 3. 開示申請する記録 | (1)期間： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日 (2)記録の種類 <input type="checkbox"/> 診療録 (カルテ) <input type="checkbox"/> 看護記録 (入院のみ) <input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> 画像検査： <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> その他： (_____) |

本人同意書 兼 委任状

私は、上記のとおり (申請者) _____ に対して、貴院が保有する私の診療記録等が、開示されることを委任・同意致します。

患者本人 (自署) _____